

# 骨内人工种植义齿愈合期的临床研究

汪建中 雷序江 廖小平

(江西省人民医院口腔科 南昌 330006)

**摘要:**目的:比较 3 种类型的骨内种植体愈合期颈部周围软硬组织的变化,探讨影响种植体愈合期颈部边缘骨吸收的因素。方法:选种非埋植型纯钛叶状(A 型)、螺旋状(B 型)和埋植型纯钛螺旋状(C 型)3 种类型种植体各 15 颗,在种植当天及 4 个月时分别进行 X 光牙片检查;A 型和 B 型种植体种植 4 个月时对 60 个位点进行临床检测。结果:3 种种植体颈部边缘骨吸收有显著性差异,A 型吸收最多,B 型次之,C 型最少;B、C 型种植体炎症位点的菌斑指数、探诊深度、颈部边缘骨吸收度均高于健康位点。结论:种植体应首选 C 型,其次是 B 型,最后为 A 型;种植体颈周炎症、深袋是颈部边缘骨吸收的危险因素。

**关键词:**骨内种植体;愈合期;骨吸收;义齿;骨内种植体;愈合期;临床研究

中图分类号:R 783.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)03-0043-02

确保骨内人工种植义齿成功的一个重要方面是维护稳定的边缘骨水平<sup>[1]</sup>。种植体颈部边缘骨进行性吸收是人工种植义齿失败的主要因素。作者对愈合期 3 种类型的种植体的软硬组织进行了临床检测及 X 光牙片检查,探讨愈合期种植体边缘骨吸收的危险因素。现报告如下:

## 1 材料和方法

**1.1 研究对象** 选择 2002 年 1 月~2004 年 1 月在我科要求人工种植义齿修复,且符合种植条件的前牙缺失患者 40 名(45 颗缺牙)。其中男 20 名(24 颗缺牙),女 20 名(21 颗缺牙);年龄 20~50 岁,平均年龄 32 岁。随机抽签分为 3 组,每组 15 颗缺牙,分别采用卫生部口腔种植科技中心(CDIC)纯钛非埋植型种植体[叶状(A 型)、螺旋状(B 型)]和埋植型种植体[螺旋状(C 型)]。

## 1.2 检查项目和方法

**1.2.1 临床检测** 非埋植型种植体(叶状、螺旋状)2 组植入 4 个月时,在每个种植体近远中颈部邻面中点共 60 个位点分别检查菌斑指数(Plaque index PLI)、探诊深度(Probing depth PD)、改良龈沟出血指数(modification sulcus bleeding index, mBI):0:探诊无出血;1:点状出血;2:出血在龈沟内成线状;3:重度出血。同时检查种植体临床动度。

**1.2.2 牙片检查** 3 组种植体在植入当天及 4 个月时(外部未修复)分别摄定位 X 光牙片(根尖片),来观察测量种植体颈部边缘骨吸收情况。具体方法:用圆规与游标卡尺在 X 线牙片上直接测量所得。测量垂直骨吸收程度时,叶状种植体以种植体肩台水平线为参照线,螺旋状种植体以其颈部水平线为参照线。种植体边缘牙槽嵴顶点到参照线的垂直距离即为所需测量的距离:实际骨吸收 = 种植体实际长度 × 骨吸收测量距离 / 种植体摄影长度。

## 2 结果

**2.1 3 种种植体植入 4 个月时颈部边缘骨垂直吸收程度情况** 见表 1。

种类	牙数	骨吸收程度 /mm
非埋植型叶状 (A 型)	15	1.27 ± 0.48
非埋植型螺旋状 (B 型)	15	0.78 ± 0.40
埋植型螺旋状 (C 型)	15	0.12 ± 0.13

注:3 组间经方差分析均有显著性差异,  $P < 0.01$ 。

**2.2 非埋植型种植体颈部(A 型、B 型)60 个位点健康组与炎症组的 PLI、PD 及颈部边缘骨吸收情况** 见表 2。临床检查

种植体稳固,无松动。

表 2 健康及粘膜炎症位点 PLI、PD 及颈部骨吸收的比较 ( $\bar{x} \pm S$ )

mBI	n	PLI	PD/mm	颈部骨吸收度 /mm
0	20	0.55 ± 0.76	1.48 ± 0.24	0.45 ± 0.16
1	18	0.94 ± 0.64	2.34 ± 0.36 <sup>☆</sup>	0.97 ± 0.24 <sup>※</sup>
2	14	1.79 ± 0.80 <sup>△</sup>	2.87 ± 0.39 <sup>☆</sup>	1.43 ± 0.18 <sup>*</sup>
3	8	2.63 ± 0.52 <sup>△</sup>	3.29 ± 0.28 <sup>*</sup>	1.95 ± 0.55 <sup>*</sup>

注:与健康组比较,PLI(秩和检验)  $\Delta P < 0.01$ ,PD 和颈部骨吸收(方差分析)  $\star P < 0.01$ ,  $\ast P < 0.01$ 。

## 3 讨论

愈合期 3 种类型种植体均无明显松动,且非埋植螺旋、叶状种植体无需 2 次手术,尤其叶状种植体适合种植区骨量少、薄的情况,但表 1 结果表明愈合期 3 种种植体颈部边缘骨吸收程度不同,埋植型吸收少,非埋植型螺旋状居中,非埋植性叶状最多,差异有统计学意义( $P < 0.01$ );说明种植体类型、形状及口腔内外部环境对种植体颈部周围边缘骨稳定、吸收是有影响的<sup>[2,3]</sup>。埋植型种植体愈合期因其埋植于牙槽骨内,未暴露于口腔,不受口腔外环境影响,因此骨吸收不明显<sup>[4]</sup>。非埋植型种植体暴露于口腔内,愈合期机体可能为了防止细菌沿种植体表面微小间隙扩展,产生生理性反应,种植体颈部产生 2mm 左右的生物学宽度,使上皮结缔组织附着,形成种植体颈部生物屏障——袖口<sup>[4,5]</sup>。非埋植型螺旋状种植体较叶状种植体手术创伤小,颈部与牙槽骨密合度高,有利于种植体颈部袖口形成。因此,非埋植型种植体愈合期骨吸收螺旋状较叶状骨吸收少。因此,在种植区骨量足够的情况下应首选埋植型种植体,其次是非埋植型螺旋状,少选非埋植型叶状种植体。

与天然牙的牙周结构相比,种植体周围结构中缺乏血管,使得骨缺损防御能力被明显减弱,易直接受到细菌侵袭,使局部骨吸收程度、局部炎症指数、出血指数、颈周袋深度呈不一致状态<sup>[2]</sup>。作者通过非埋植型种植体颈部健康位点与炎症位点 PLI、PD 及颈部骨吸收的比较,发现颈部骨吸收程度与 PLI、PD 之间存在正比关系(见表 2)。结果与其他学者相似<sup>[6]</sup>。说明种植体颈部边缘骨吸收与种植体颈部局部炎症、袋深度有关,进一步表明种植体颈部边缘骨吸收与种植体颈部局部的卫生状况有密切关系。提示种植义齿应高度重视种植体颈部局部卫生,需定期复查,提高成功率。

## 参考文献

[1]Els De Smet,Daniel van Steenberghe,Marc Quirynen,et al.The Influence of plaque and/or Excessive Loading on Marginal soft and

# 阿昔洛韦联合小剂量糖皮质激素治疗 30 例带状疱疹

章建琴

(浙江省湖州市第一人民医院 湖州 313000)

**摘要:**目的:探讨阿昔洛韦联合小剂量皮质激素治疗带状疱疹的疗效及预防后遗症的效果。方法:采用随机对照分组,以阿昔洛韦联合强的松治疗带状疱疹 30 例为观察组,单纯使用阿昔洛韦治疗带状疱疹 30 例为对照组,进行对比观察。结果:观察组在止疱、止痛、结痂、痊愈的时间及预防后遗症神经痛上优于对照组。结论:早期应用阿昔洛韦联合皮质激素治疗带状疱疹疗效确切、病程短,同时可降低后遗症神经痛的发生率。

**关键词:**带状疱疹;阿昔洛韦;强的松;后遗症神经痛

中图分类号:R 752.1<sup>2</sup>

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)03-0044-01

我院自 2003 年 6 月~2004 年 6 月,采用阿昔洛韦联合小剂量糖皮质激素治疗带状疱疹 30 例,取得较好疗效。现总结如下:

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 为门诊典型带状疱疹患者,男性 36 例,女性 24 例;年龄 16~82 岁;病程最短 1d,最长 10d。就诊时,病程短于 3d 者 26 例,占 43.33%;3~10d 者,34 例,占 56.66%。发病部位,以胸背部多见 29 例,占 48.3%;腰部 13 例,占 21.6%;颈部 4 例,占 6.6%;面部 14 例,占 23.3%。凡严重肝肾功能不全及全身衰竭者和妊娠及哺乳期妇女,对阿昔洛韦过敏者不列入观察范围。2 组病例在年龄、疗程、病变部位及临床症状和体征严重程度无显著性差异,将 60 例患者随机分成 2 组,即观察组和对照组各 30 例。

**1.2 治疗方法** 观察组口服阿昔洛韦片(每片 200mg)每天 5 次,每次 1 片,每隔 4h1 次,10d 为 1 个疗程。联合口服强的松,每次 10mg,每日 3 次,连服 3d。对照组单用阿昔洛韦(每片 200mg)每天 5 次,每次 1 片,每隔 4h1 次,10d 为 1 个疗程。我们在患者服药 10d,即 1 个疗程后总结疗效,随访 1 个月观察后遗症发生。

**1.3 疗效判定标准** (1)止疱:无新水疱出现。(2)止痛:疼痛消失或较前有明显减轻。(3)结痂:水疱全部干枯结痂。(4)痊愈:以脱痂、疼痛消失或明显减轻。(5)后遗症神经痛:病程满 30d 后皮损消退仍有神经痛。

## 2 结果

**2.1 观察组的止疱、止痛、结痂及痊愈时间均明显短于对照组,2 组比较有非常显著差异(P < 0.01),见表 1。**

表 1 观察组及对照组疗效比较 (X̄ ± S) d

分组	n	止疱	止痛	结痂	痊愈
观察组	30	2.1 ± 0.46	3.16 ± 0.44	3.41 ± 0.42	6.25 ± 0.93
对照组	30	3.2 ± 0.43	7.71 ± 0.87	6.63 ± 0.64	8.03 ± 0.75
P 值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

**2.2 随访 1 个月后,观察组有 1 例后遗症神经痛,发生率为 3.33%;对照组后遗症神经痛 6 例,发生率 20.0%;后遗症神经痛**

发生率比较观察组低于对照组( $\chi^2 = 4.04, P < 0.05$ )。

## 3 讨论

带状疱疹是由水痘——带状疱疹病毒引起,本病好发于春秋季节,以成人多见,临床上表现为疼痛,继而出现红斑、水疱,部分病人因治疗不当而局部皮损痊愈后仍有神经痛。尤其老年患者,由于组织退化,修复神经的功能降低,因而易发生后遗症神经痛,并且持续时间长。

阿昔洛韦可有效通过对病毒 DNA 多聚酶的抑制和直接掺入病毒 DNA 链中,抑制病毒 DNA 合成,阻止其 DNA 链延伸,并且对疱疹病毒有较强选择性<sup>[1]</sup>。糖皮质激素能迅速抑制神经节和相应的感觉神经纤维的充血、水肿和坏死,防止粘连形成,从而防止后遗症神经痛的发生<sup>[2]</sup>。糖皮质激素对急性感染的症状有效,且在激素治疗的最初 3d 内,可使疼痛减轻,并缩短疼痛时间<sup>[3]</sup>。虽然对病毒感染是否应用皮质激素有争议,但据大量临床分析发现一般患者使用皮质激素合并抗病毒药物治疗并无明显副作用<sup>[4]</sup>。

本文对 30 例带状疱疹病人应用小剂量短程口服糖皮质激素发现可使带状疱疹神经痛迅速减轻,同时缩短疼痛持续时间,减少后遗症神经痛的发生,而不引起皮损加重及扩散。对并发细菌感染的患者在同时应用抗生素的情况下,不会引起感染加重。因此对伴有明显神经痛的带状疱疹病人,排除禁忌症,建议采用抗病毒药同时早期应用小剂量短程皮质激素治疗,不但不增加感染的危险性,而且可缓解疼痛,缩短神经痛的时间,减少后遗症神经痛的发生。

### 参考文献

[1]俞晓林,孙幼秦.静滴阿昔洛韦肌注干扰素 $\gamma$ 治疗带状疱疹疗效观察[J].中国皮肤性病杂志,2001,15(6):387~388  
 [2]杨国亮.皮肤病学[M].上海:上海医科大学出版社,1992.263~266  
 [3]元俊明,李应光,张谊.水痘-带状疱疹病毒感染治疗的研究近况[J].国外医学·皮肤性病学分册,1996,22(2):84~85  
 [4]林立真.阿昔洛韦联合泼尼松治疗 34 例带状疱疹[J].临床皮肤科杂志,2001,31(1):30~31

(收稿日期:2005-01-10)

Hard Tissue Reactions Around Branemark Implants:A Review of Literature and Experience[J].Int J Pericodont Restor Dent,2001,21:381~393  
 [2]宫莘,毛祥彦.钛金属牙种植体周围粘膜炎症与周围界面骨吸收[J].中国口腔种植学杂志,1998,6(3):53~58  
 [3]刘自力,贺美兰.四种骨内人工牙种植体 X 线片分析[J].中国口腔种植学杂志,1998,3(2):78~80

[4]巢永烈,梁星.种植义齿学[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1999.33~37  
 [5]邱立新,林野,李健慧.软组织瓣早期裂开或穿孔对种植体颈缘部骨组织的影响[J].中国口腔种植学杂志,2000,5(2):66  
 [6]李晓军,沙月琴,陈智滨.骨内牙种植修复体周围组织状况的一年观察[J].中国口腔种植学杂志,2000,5(3):120~121

(收稿日期:2005-03-31)